



**University of
Zurich^{UZH}**

**Zurich Open Repository and
Archive**

University of Zurich
University Library
Strickhofstrasse 39
CH-8057 Zurich
www.zora.uzh.ch

Year: 2016

„Leben machen, sterben lassen“: Palliative Care und Biomacht

Streeck, Nina

Abstract: Der Artikel wirft einen kritischen Blick auf die gegenwärtige Theorie und Praxis palliativer Versorgung (Palliative Care), auf ihren Umgang mit dem Sterben und mit Sterbenden und auf die zugrundeliegende Leitvorstellung von einem guten Sterben. Dabei wird Foucaults Begriff der Biomacht als Beschreibungs- und Deutungskategorie zu Rate gezogen. Weil mit Palliative Care das Anliegen verfolgt wird, ein gutes Sterben zu ermöglichen, sind vielfältige Kriterienkataloge und Messinstrumente entstanden, um die Behandlungen nach wissenschaftlichen Maßstäben zu planen und ihren Erfolg zu bestimmen. Im Lichte des Begriffs der Biomacht zeigen sich potenziell problematische Aspekte dieser Entwicklung, die im bioethischen Diskurs üblicherweise verborgen bleiben. Indem die Lebensqualität von Sterbenden verbessert und zu diesem Zweck nicht allein körperliche Beschwerden, sondern auch psychisches, soziales und spirituelles Leiden gelindert werden soll, verschreibt sich die Palliative Care-Bewegung in einer Weise der Steigerung des Lebens, die den Einzelnen überfordern kann und seinen eigentlichen Bedürfnissen womöglich nicht gerecht wird.

DOI: <https://doi.org/10.1007/s00481-015-0374-4>

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-120000>

Journal Article

Accepted Version

Originally published at:

Streeck, Nina (2016). „Leben machen, sterben lassen“: Palliative Care und Biomacht. *Ethik in der Medizin*, 28(2):135-148.

DOI: <https://doi.org/10.1007/s00481-015-0374-4>

„Leben machen, sterben lassen“: Palliative Care und Biomacht

“To make live, to let die”: palliative care and biopower

Nina Streeck^{1,*}

Email nina.streeck@uzh.ch

¹ Institut für Biomedizinische Ethik und
Medizingeschichte, Universität Zürich, Winterthurerstr.
30, 8006 Zürich, Schweiz

Zusammenfassung

Der Artikel wirft einen kritischen Blick auf die gegenwärtige Theorie und Praxis palliativer Versorgung (Palliative Care), auf ihren Umgang mit dem Sterben und mit Sterbenden und auf die zugrundeliegende Leitvorstellung von einem guten Sterben. Dabei wird Foucaults Begriff der Biomacht als Beschreibungs- und Deutungskategorie zu Rate gezogen. Weil mit Palliative Care das Anliegen verfolgt wird, ein gutes Sterben zu ermöglichen, sind vielfältige Kriterienkataloge und Messinstrumente entstanden, um die Behandlungen nach wissenschaftlichen Maßstäben zu planen und ihren Erfolg zu bestimmen. Im Lichte des Begriffs der Biomacht zeigen sich potenziell problematische Aspekte dieser Entwicklung, die im bioethischen Diskurs üblicherweise verborgen bleiben. Indem die Lebensqualität von Sterbenden verbessert und zu diesem Zweck nicht allein körperliche Beschwerden, sondern auch psychisches, soziales und spirituelles Leiden gelindert werden soll, verschreibt sich die Palliative Care-Bewegung in einer Weise der Steigerung des Lebens, die den Einzelnen überfordern kann und seinen eigentlichen Bedürfnissen womöglich nicht gerecht wird.

Abstract

Definition of the problem

This article takes a critical look at the current theory and practice of palliative care (PC), how it deals with death and dying, and the underlying guiding principle of a good death. Thereby, Foucault's concept of biopower is utilized.

Argument

Because PC aims to facilitate a good death, manifold criteria and measures have been developed that help plan interventions and determine their success. In light of the concept of biopower, certain problematic aspects of this development become manifest that usually remain hidden in the bioethical discourse.

Conclusion

A goal of PC is to improve the quality of life of the dying and therefore not only treats physical symptoms but also psychological, social, and spiritual suffering; thus, it commits itself to maximizing life in a way that can become overdemanding for the individual and possibly does not satisfy the patient's real needs.

Schlüsselwörter

Palliative Care
Guter Tod
Biomacht
Foucault
Sterbehilfe

Keywords

Palliative care

Good death
Biopower
Foucault
Assisted dying

Einleitung

Palliative Care genießt allenthalben einen hervorragenden Ruf. Dem Sterben soll sie den Schrecken nehmen, indem sie nicht nur Schmerzen und andere körperliche Beschwerden des Sterbenden lindert, sondern sich ebenso seinem psychischen, sozialen und spirituellen Leiden zuwendet und sich zum Ziel setzt, seine Lebensqualität zu verbessern.¹ Auf den ersten Blick erscheint eine solche umfassende Versorgung am Lebensende wünschenswert. Deswegen überrascht es nicht, dass Palliative Care in den Medien einhellig Lob findet [1 , 19 , 22], in Debatten um Sterbehilfe gepriesen wird, weil sie Sterbewünsche gar nicht erst aufkommen lasse [29 , 30], und in der Politik die Verbesserung der Palliativversorgung in Deutschland parteiübergreifend als wichtiges Anliegen formuliert wird [20]. Doch hat Palliative Care tatsächlich ausschließlich positive Seiten, wie es die Einmütigkeit in Politik und Medien vermuten lässt? Im Folgenden wird der Versuch unternommen, den Beifallsbekundungen, die den Ausbau der Palliativversorgung begleiten, kritische Töne beizumischen.

Denn Palliative Care läuft Gefahr, das Sterben machtvoll zu normieren, so dass dem Individuum kein Raum mehr für einen ganz anderen Umgang mit seinem Tod bleibt. Es herrscht eine klare Vorstellung, wie man gut stirbt, die das Handeln in der Palliative Care und die Behandlung der Patienten bestimmt. Sie soll zuerst dargestellt werden. Die palliativmedizinische Rundum-Versorgung und die Kontrolle des Sterbeprozesses zielen darauf, zu einem guten Sterben in diesem Sinne zu verhelfen. Wie dann gezeigt wird, bedient sich Palliative Care dabei eines ausdifferenzierten Instrumentariums, um Leid zu operationalisieren und darauf qualitätskontrolliert mit standardisierten Maßnahmen zu reagieren. Warum diese Entwicklung palliativer Versorgung problematisch ist, lässt sich im Lichte des von Foucault

geprägten Konzepts der Biomacht erhellen. Dieser Begriff wird zu Rate gezogen, um eine heuristische Suchbewegung anzuleiten, der daran gelegen ist, auf Fragen und Probleme aufmerksam zu machen, die in medizinethischen Überlegungen mit ihrem Fokus auf die Moralität von Handlungen oft verborgen bleiben. Obschon „Biomacht“ kein neutral-deskriptiver Begriff ist, geschieht die folgende Analyse nicht in der Absicht, Palliative Care mit einem Label zu versehen, das sie als Feld bedenklicher Machtausübung brandmarkt und das, schlagwortartig als umfassende Deutungskategorie verwendet, weitere Diskussionen erübrigt. Vielmehr wird gefragt, was sich mithilfe des Begriffs der Biomacht über Palliative Care und die palliativmedizinische Vorstellung eines guten Todes in Erfahrung bringen lässt und inwiefern sich Palliative Care als ein Feld darstellt, das von einer anonymen Biomacht durchwirkt wird.

Der gute Tod in der Palliative Care

In den 1960er und 1970er Jahren, als Hospiz- und Palliativbewegung entstanden, begann sich auch die heute vorherrschende Vorstellung des guten Todes zu entwickeln. Prägende Figuren waren Cicely Saunders, die 1967 in London das erste moderne Hospiz gründete, und Elisabeth Kübler-Ross, die durch ihre „Interviews mit Sterbenden“, veröffentlicht 1969 [25], unheilbar kranken Menschen Gehör verschaffen und auf deren Bedürfnisse aufmerksam machen wollte. Beide, Saunders und Kübler-Ross, reagierten auf den damals üblichen Umgang mit Sterben und Tod und setzten ihm ihre eigenen Visionen eines guten Sterbens entgegen. Seit Ende des 19. Jahrhunderts hatte sich das Sterben vom eigenen Heim ins Krankenhaus verlagert. Nur dort konnten die behandelnden Ärzte die technischen Möglichkeiten der Medizin ausschöpfen. Krankheiten, die einst tödlich verliefen, ließen sich nun manches Mal heilen, so dass es zunehmend als Scheitern empfunden wurde, wenn es nicht gelang, den Patienten am Leben zu erhalten. Kritisiert wurde diese Entwicklung seit den 1970er Jahren unter dem Stichwort der „Medikalisierung“, so etwa bei Philippe Ariès, für den das „bereits klassisch gewordene Bild des mit Schläuchen und Röhrchen gespickten Sterbenden“ ([2], S. 748) den damaligen Umgang

mit dem Tod symbolisierte. Obwohl die Hoffnung auf Gesundung zunichte war, wurde bis zuletzt versucht, das Leben des Patienten durch Ausreizen aller technischen Möglichkeiten zu verlängern. Mit der Verleugnung und Verdrängung des Todes aus der Öffentlichkeit ging einher, auch dem Sterbenden selbst zu verschweigen, wie es um ihn stand. Der Tod wurde zum Tabu ([14], S. 158 f.).

In Reaktion auf ein Sterben, bei dem der Kranke auf seinen bloßen Körper reduziert wurde, entwickelte die Mutter der Hospizbewegung, Cicely Saunders, das Konzept des „totalen Schmerzes“ ([32], S. 1600), mit dem sie darauf hinwies, dass sich die Erfahrung des Sterbenden nicht auf körperliche Beschwerden beschränken lasse, sondern Schmerz als umfassendes Erleben mit physischer, emotionaler, sozialer und spiritueller Dimension zu verstehen sei. Jemandem im Sterben beizustehen, bedeutet demnach, dass sich die Fürsorge nicht allein auf körperliches Leiden, sondern ebenso auf den psychosozialen und den spirituellen Bereich erstrecken muss. Die Psychiaterin Elisabeth Kübler-Ross begann Mitte der 1960er Jahre, in den USA Gespräche mit unheilbar kranken Menschen zu führen. Die knapp 200 Interviews dienten Kübler-Ross als Grundlage für ihr Modell der fünf Sterbephasen. Danach durchläuft jeder unheilbar Kranke am Lebensende die Stadien des Nicht-wahrhaben-Wollens, des Zorns, des Verhandels und der Depression, um zuletzt zur Akzeptanz des nahenden Todes zu finden. Ist diese letzte Phase erreicht und hat der Kranke seine Angelegenheiten geregelt, sich mit allen ausgesprochen und innerlich vorbereitet, kann er einem friedlichen Ende entgegensehen [25]. Kübler-Ross erntete für ihr Modell der Sterbephasen scharfe Kritik, da es empirischer Evidenz entbehre und stark normierend wirke. Dennoch beeinflusste es die entstehende Hospizbewegung und ihr Ideal des guten Todes nachhaltig ([14], S. 183). Vor allem den sterbenden Menschen zur Akzeptanz des nahenden Todes zu führen, wurde zum Ziel vieler Ärzte. Damit ging einher, dass über den Tod wieder gesprochen und Sterbenden nicht länger verschwiegen wurde, was ihnen bevorstand [23].

In der Anfangszeit der Hospiz- und Palliativbewegung entstand Walters

zufolge [40] rasch Einigkeit darüber, was ein gutes Sterben ausmacht: Freiheit von Schmerzen und anderen körperlichen Symptomen sowie von psychischen, emotionalen, sozialen und spirituellen Beschwerden, mithin eine Befreiung von dem „totalen Schmerz“, wie ihn Saunders bestimmt hatte. Seither widmeten sich vielfältige Studien der Frage, wie ein guter Tod sich gestaltet, was eine Auswahl erhellen kann. Steinhauser et al. [37] untersuchten anhand von Diskussionen in Fokusgruppen und von Interviews, was Patienten, Angehörige und Palliative Care-Teams unter einem guten Tod verstehen. Als sechs wichtigste Komponenten werden Schmerz- und Symptomkontrolle, klare Entscheidungsfindung, Vorbereitung auf den Tod, Vollendung des Lebenswegs (completion), Anteilnahme des Patienten am Befinden anderer und die Anerkennung der eigenen Person genannt. Aus Interviews mit Pflegekräften filterten Borbasi et al. [4] die folgenden Elemente eines guten Todes heraus: Der Tod ist geplant, damit der Patient Abschied nehmen, Behandlungsoptionen rechtzeitig bedenken und seine Angelegenheiten regeln kann; Patient und Familie sind informiert, involviert und akzeptieren den Tod; die Symptome sind unter Kontrolle, so dass sich der Patient wohlfühlt und seine Würde gewahrt bleibt. Kehl [24] fand in der Analyse von 42 Fachartikeln der Palliative Care, die zwischen 1995 und 2003 erschienen sind, als übereinstimmend genannte Merkmale für ein gutes Sterben: Der Sterbende behält die Kontrolle und trifft etwaige Entscheidungen selbst, er fühlt sich wohl, kann seine Angelegenheiten regeln, hat Vertrauen zu seinen Betreuern, ist sich des nahenden Todes bewusst, weiß sich wertgeschätzt und seine Überzeugungen und Werte anerkannt, belastet seine Familie so wenig wie möglich, pflegt gute Beziehungen zu seinem Umfeld und hinterlässt ein Vermächtnis. Granda-Cameron und Houldin [18] ermittelten durch eine Begriffsanalyse in 49 Fachartikeln als wesentliche Merkmale Schmerz- und Symptomkontrolle, Würde, Anwesenheit und Unterstützung der Familie, Bewusstsein des nahenden Todes und gute Kommunikation zwischen Patient, Familie und Behandelnden.

Während einerseits untersucht wird, welche Vorstellungen eines guten Todes im Kontext der Palliative Care vorherrschen, gehen sowohl

Goldsteen et al. [16] als auch Gott et al. [17] davon aus, es existiere ein von der Palliative Care geprägtes und in die Gesellschaft diffundiertes Sterbeideal, mit dem unheilbar kranke Menschen konfrontiert seien. Entsprechend fragten sie, ob und inwiefern sich derartige normative Ideen des guten Sterbens als Ausdruck eines kulturellen Paradigmas in den Erzählungen von Patienten finden. Beide Autorengruppen argumentieren mit sog. „kulturellen Skripten“, wie sie Seale ([35], S. 1519) in die soziologische Analyse von Todesvorstellungen eingebracht hat. Demnach beziehen sich Personen in ihren Erzählungen auf Konventionen, die Expertensysteme wie Medizin, Psychotherapie oder Religion anbieten und die den Erzählern helfen, ihren Erfahrungen Sinn zu verleihen. Das Sterbeideal der Palliative Care lässt sich als ein solches kulturelles Skript verstehen. Die von Goldsteen et al. Befragten betonten häufig, dass es wichtig sei, sich des Todes bewusst zu sein und ihn zu akzeptieren, offen zu kommunizieren, sein Leben bis zum Schluss zu gestalten, seine letzten Angelegenheiten zu regeln und mit seinen Gefühlen angemessen umzugehen. Damit nehmen sie den Autoren zufolge auf das Sterbeideal der Palliative Care Bezug. Auch Gott et al. sehen in den Erzählungen ihrer unheilbar kranken Interviewpartner eine Auseinandersetzung mit einer bestimmten Vorstellung des guten Todes, nämlich jener, die nach Clark [7] in der modernen westlichen Kultur vorherrscht. Danach gehören zu einem guten Tod Schmerzfreiheit, das offene Anerkennen der Todesnähe, das Sterben zuhause im Kreise von Familie und Freunden, das Bewusstsein (awareness) des Todes inklusive der Lösung aller persönlichen Konflikte und unerledigten Angelegenheiten, persönliches Wachstum sowie die Berücksichtigung der persönlichen Vorlieben in einer Weise, die der individuellen Persönlichkeit entspricht.

Den guten Tod als diskursive Konstruktion analysierten Van Brussel und Carpentier [39] und machten als strukturierende Elemente des Diskurses die Begriffscluster Kontrolle, Autonomie und Würde sowie Bewusstsein und Heroismus aus. Seale [34] brachte den Gedanken des „heroischen Todes“ in die Diskussion ein und beschrieb, wie Angehörige und Freunde Verstorbener deren Sterben als heldenhaften

Prozess schildern. Demnach beginnt das Skript eines heroischen Todes damit, den Widerstand des Sterbenden gegen die Erkenntnis, bald sterben zu müssen, darzustellen. Der Kampf gibt dem Todgeweihten die Chance, Mut zu beweisen, indem er schließlich dem Tod ins Auge sieht. Als Belohnung erwarten ihn tiefe Emotionen inklusive des Gefühls einer engen Verbundenheit mit anderen. Deutlich wird hier das Erbe von Elisabeth Kübler-Ross, erinnert der geschilderte heroische Tod doch stark an das Durchschreiten der Sterbephasen, um zuletzt, in Akzeptanz des Todes, ein friedliches Sterben zu gewärtigen.

Obwohl sich im Detail unterscheidet, welche Merkmale und Elemente des guten Todes in den verschiedenen Studien genannt werden, finden sich auch Gemeinsamkeiten. Als zentral kristallisiert sich heraus, dass mit einem guten Sterben verbunden wird, a) Schmerzen und andere körperliche Symptome unter Kontrolle zu haben, b) selbst zu entscheiden sowie die letzte Lebensphase gemäß den eigenen Wünschen und Bedürfnissen zu gestalten und sich darin respektiert zu wissen, und c) sich vorzubereiten, seine Angelegenheiten zu regeln, Konflikte zu lösen und Abschied zu nehmen, wofür d) offene Kommunikation sowie e) ein Bewusstsein des nahenden Todes nötig sind. Diese fünf entscheidenden Aspekte lassen sich unter den Stichworten a) Schmerz- und Symptomkontrolle, b) Autonomie und Authentizität, c) Abschied und Versöhnung, d) Kommunikation und e) Bewusstsein subsumieren. Der fünfte Punkt – sich des nahenden Todes bewusst zu sein – sticht hervor, da er Voraussetzung dafür ist, die anderen Elemente des guten Sterbens, abgesehen von der Schmerz- und Symptomkontrolle, zu verwirklichen. Nur wer weiß, dass er sterben wird, kann darüber offen sprechen, sich um letzte Dinge kümmern, sich versöhnen und verabschieden sowie über seine Behandlung entscheiden und sein Lebensende nach seinen Wünschen gestalten.

Palliative Care als Wegbereiterin des guten Todes

Das hier rekonstruierte Sterbeideal prägt das Handeln und das Selbstverständnis der Palliative Care. Sobald klar ist, wie man gut stirbt, können geeignete Mittel und Wege gesucht werden, dabei

behilflich zu sein. Zudem lässt sich evaluieren, ob das gewünschte Ziel erreicht wird und inwiefern die verschiedenen Gebiete der Palliative Care dazu beitragen. So mahnen etwa Hales et al. „die Verfügbarkeit valider und zuverlässiger Messinstrumente“ ([21], S. 127) an, um die Frage zu klären, ob die heutige Medizin sterbenden Patienten zu einem guten Tod ver helfe. Wie infolgedessen das Sterben zu einem mess- und kontrollierbaren Projekt wird, illustrieren einige Beispiele.

Unmittelbar Bezug auf das palliativmedizinische Sterbeideal nehmen Emanuel und Emanuel [8] mit einem Rahmenmodell, das Palliative Care-Teams Orientierung bieten soll. Die Autoren skizzieren das Sterben als multidimensionale Erfahrung, die sich aus den Eigenschaften des Patienten, modifizierbaren Dimensionen und möglichen Interventionen ergibt. Als ansprechbar für Veränderungen identifizieren sie neben körperlichen Symptomen psychosoziale und wirtschaftliche Faktoren sowie spirituelle und existenzielle Überzeugungen. Während Emanuel und Emanuel den Palliativteams einen Leitfaden verschaffen wollen, nach dem diese sich bei der Versorgung Sterbender richten sollen, zielen andere Vorschläge auf die nachträgliche Evaluation des Sterbeprozesses. Mit dem häufig benutzten „Quality of Death and Dying Questionnaire“ (QODD)² lassen sich Nahestehende befragen, wie sie die Erfahrungen des Verstorbenen im Nachhinein einschätzen. So sollen diese beispielsweise angeben, ob ihr Angehöriger seinen Frieden mit dem Sterben gemacht habe oder frei von Angst zu sein schien, und die jeweilige Erfahrung auf einer Skala von „schrecklich“ (terrible) bis zu „beinahe perfekt“ (almost perfect) bewerten. Auf Basis der Antworten wird sodann ein Wert für die Sterbequalität ermittelt. In ähnlicher Weise erfragt der „Good Death Inventory“ (GDI), wie die trauernden Angehörigen das Sterben ihres Familienmitglieds retrospektiv beurteilen. Auf Basis von Faktoren wie der „Aufrechterhaltung von Hoffnung und Freude“, „physischem und psychologischem Wohlbefinden“ oder der „Vorbereitung auf den Tod“ wird errechnet, ob der Verstorbene einen guten Tod hatte [28]. Andere Ansätze messen die Qualität der Behandlung („Quality of End-of-Life Care“ (QEOLC), [9]) oder die Lebensqualität am Lebensende („McGill Quality of Life Questionnaire“ (MQOL), „Hospice Quality of Life

Index“ oder „Missoula-VITAS Quality of Life Index“), da die Qualität des Sterbens als „Lebensqualität für sterbende Patienten“ übersetzt wird ([38], S. 408).

Gemeinsam ist den Ansätzen, die Qualität des Lebens bzw. Sterbens und damit verbunden die körperlichen, psychischen, sozialen und spirituellen Probleme zu operationalisieren, um nicht nur gezielt mit den passenden Interventionen reagieren, sondern deren Erfolg auch auf Skalen oder anhand von Indizes ablesen zu können. Ein gutes Ergebnis nach einem der diversen Maßstäbe für die Sterbequalität bedeutet demnach, dass der Patient einen guten Tod hat(te). Mit den verschiedenen Messinstrumenten verbindet sich die Hoffnung, durch wissenschaftliche Fundierung sowie Qualitätskontrolle der Palliativversorgung zu Glaubwürdigkeit und Einfluss zu verhelfen. Indem wie in anderen medizinischen Fächern mess- und kontrollierbare Parameter über Behandlungserfolge Aufschluss geben, soll sich Palliative Care trotz ihres besonderen Charakters als palliative und nicht kurative Herangehensweise im Medizinsystem behaupten.

Der Begriff der Biomacht

Im Folgenden sollen das skizzierte Sterbeideal sowie die Maßnahmen zu seiner Verwirklichung im Lichte des Begriffs der Biomacht gedeutet werden. Das Konzept geht auf Michel Foucault zurück, der es in der Vorlesung „In Verteidigung der Gesellschaft“ [12] am 17. März 1976 einführt und in seinem 1977 veröffentlichten Buch „Der Wille zum Wissen“ [11] weiter entwickelte. Der breitere Begriff der Macht unterscheidet sich in Foucaults Verständnis von dem üblichen Gebrauch. Weder ist die Staatsmacht noch die Gesetzesmacht noch die Herrschaft einer Gruppe über eine andere gemeint, sondern „die Vielfältigkeit von Kräfteverhältnissen, die ein Gebiet bevölkern und organisieren; das Spiel, das in unaufhörlichen Kämpfen und Auseinandersetzungen diese Kraftverhältnisse verwandelt, verstärkt, verkehrt; [...] die Strategien, in denen sie zur Wirkung gelangen [...]“ ([11], S. 93). Macht lässt sich mithin als umfassendes Geschehen deuten, in dem es keine klar einander gegenüber stehenden Herrscher und Beherrschten und keine eindeutige Oben-Unten-Zweiteilung gibt;

sie ist „der Name, den man einer komplexen strategischen Situation in einer Gesellschaft gibt“ ([11], S. 94). Macht ereignet sich nicht, indem ein oder mehrere Mächtige über Machtlose oder weniger Mächtige ihre Herrschaft ausüben, sondern sie ist „etwas, was sich von unzähligen Punkten aus und im Spiel ungleicher und beweglicher Beziehungen vollzieht“ ([11], S. 94). Entsprechend lassen sich die Wirkungen von Macht nicht einzelnen Personen oder Gruppen zuschreiben, wohl aber lässt sich das Netz von Machtbeziehungen analysieren. Ein Außerhalb der Macht kann es in dieser Begrifflichkeit nicht geben; Macht ist stets am Werk, sie strukturiert und ordnet Wirklichkeit.

Gedeutet in diesem dynamischen Sinn kann der Begriff als „Erkenntnisraaster für das gesellschaftliche Feld“ ([11], S. 93) dienen. Als Beschreibungs- und Deutungskategorie kommt ihm eine heuristische Funktion in dem Sinne zu, dass sich in seinem Lichte gesellschaftliche Entwicklungen und Dynamiken in bestimmter Weise erhellen lassen: Wie lässt sich Wirklichkeit verstehen, wenn man sie als ein historisch gewachsenes Geflecht von Machtprozessen in den Blick nimmt? Als ein „Verfahren zur Untersuchung von Machtprozessen in ihrer historischen Immanenz, also ohne der Macht so etwas wie einen ‚Machthaber‘, eine ‚Quelle‘ oder ähnliches zuzuschreiben“, charakterisiert Petra Gehring ([13], S. 10) das Projekt Foucaults. Ähnlich verhält es sich mit dem Begriff der Biomacht, der eine der verschiedenen Ausprägungen bezeichnet, die Macht annehmen kann ([13], S. 11).

Foucault nennt Biomacht eine „Macht zum Leben“, der es um „die vollständige Durchsetzung des Lebens“ bestellt ist, was durch „die sorgfältige Verwaltung der Körper und die rechnerische Planung des Lebens“ ([11], S. 135) verwirklicht wird. Ihm dient der Begriff dem primär genealogischen Vorhaben, eine Entwicklung seit Mitte des 18. Jahrhunderts zu rekonstruieren und so die Gegenwart zu erhellen. Während einst der Souverän das Recht über Leben und Tod innehatte, von Foucault auch bezeichnet als „das Recht, sterben zu machen und leben zu lassen“ ([11], S. 132), sieht er seitdem eine andere Macht heraufziehen, die er kontrastierend als „das Recht, leben zu machen und

sterben zu lassen“ ([12], S. 90) beschreibt: die Biomacht. Diese als anonymes Geschehen geschilderte Macht richtet sich einerseits auf die Verbesserung des individuellen Körpers und andererseits auf die Kontrolle der Bevölkerung. Manifestiert sich Letzteres in politischen Maßnahmen, spricht Foucault auch von einer „Bio-Politik der Bevölkerung“ ([11], S. 135) mit dem Ziel einer umfassenden Regulierung ([13], S. 14).

Weniger eine Disziplinarmacht als vielmehr eine „Regulierungsmacht“ ([11], S. 96), wirkt Biomacht zugunsten des Lebens, will es steigern, kontrollieren, optimieren und „das Lebende in einem Bereich von Wert und Nutzen organisieren“ ([11], S. 139). Die Macht unterdrückt nicht, sondern schafft Möglichkeiten und neue Freiheiten. Historisch dingfest macht Foucault diese Macht in politischen Maßnahmen in Europa und Nordamerika seit dem 18. Jahrhundert, etwa in der Kontrolle von Geburten- und Sterberaten, in Präventionsmaßnahmen, medizinischen Aufklärungskampagnen oder Bemühungen zur Steigerung der Geburtenrate, wobei bereits das Zusammentragen von Wissen über die verschiedenen Phänomene Ausdruck von Biomacht ist, insofern es dazu dient, das Feld möglicher Interventionen zu bestimmen.

Foucault beschreibt mit seinem Begriff der Biomacht eine historische Entwicklung im 18. und 19. Jahrhundert, hier aber soll dieser mit Blick auf die Gegenwart Anwendung finden, und zwar in einer Weise, wie sie Petra Gehring [13] vorschlägt und wie sie es mit Blick auf eine Reihe aktueller Phänomene selbst unternimmt: in einer Verbindung von Genealogie und Phänomenologie und allen Schwierigkeiten zum Trotz, die damit verbunden sind, einen historisch gewonnenen Begriff für die Analyse der Gegenwart fruchtbar machen zu wollen.

Biomacht und Palliative Care

Sterben als Steigerung des Lebens?

„Leben machen, sterben lassen“: In dieser Aussage konzentriert sich Foucaults Verständnis von Biomacht. Als er den Begriff in den 1970er Jahren entwickelte, steckten Hospiz- und Palliativbewegung in den

Kinderschuhen. Der Tod war ein Tabu, gestorben wurde im Verborgenen. Gerade in der Tabuisierung und Privatisierung des Todes sah Foucault seinerzeit ein Zeichen für das Wirken von Biomacht. Denn die Macht findet im Tod ihre Grenze, auf ihn hat sie keinen Zugriff mehr, hier kann sie das Leben nicht mehr steigern. So „lässt die Macht den Tod fallen“ ([12], S. 97), er wird zur privaten Angelegenheit des Individuums. Von Foucault nicht erwähnt, gingen Privatisierung und Medikalisierung des Todes Hand in Hand. Die hochtechnisierte Medizin kam im Sterbeprozess bis zuletzt zum Einsatz, bis trotz Ausschöpfung aller technischen Möglichkeiten dem Tod nichts mehr entgegensetzen war. Dass ein Patient starb, bedeutete eine Niederlage für die Medizin.

Indem sich Cicely Saunders und Elisabeth Kübler-Ross gegen die Medikalisierung und die Tabuisierung des Sterbens wehrten und Hospiz- und Palliativbewegung initiierten, holten sie den Tod zurück in die Öffentlichkeit. Der gesellschaftlichen Enttabuisierung gesellte sich ein ähnlicher Umschwung auf Seiten der Medizin bei. Nachdem Saunders und Kübler-Ross mit dem Impetus des Widerstands gegen eine unmenschliche und todverleugnende Medizin angetreten waren, war es schließlich ausgerechnet die Medizin selbst, die sich in Palliativmedizin und Palliative Care aufs Neue des Todes bemächtigte. Was einst als Scheitern galt, nämlich den Tod nicht verhindern zu können, wurde im Zuge dessen umgedeutet: Der Tod ließ sich medizinisch-technisch nicht beherrschen, doch wollte man ihm nun mit den Mitteln der Psychologie, Soziologie oder Spiritualität beikommen, so dass sich das medizinische Versagen in den Triumph des guten Todes verwandelte ([23], S. 73). Von einer „diskursiven Wende der Medizin“, die ihren Wirkungsbereich auf alle Aspekte des Lebens ausdehnt, spricht Bishop ([3], S. 238). Die Grenze, die der Tod bedeutet, bleibt zwar bestehen, jedoch verliert sie an Relevanz, weil Palliative Care sich stattdessen darauf konzentriert, das psychische, soziale und spirituelle Leben des Patienten zu steigern und die entsprechenden Wissensgebiete neu zu besetzen. Die frühere Medikalisierung des Sterbens in der Weise einer hochtechnisierten Bemächtigung des Lebensendes wird in eine neue Medikalisierung in Form einer Vereinnahmung des ganzen Lebens in seiner letzten Phase transformiert.

Da das „Leben-Machen“ im Zentrum der palliativmedizinischen Bemühungen steht, ist vom Tod nicht mehr die Rede. In Palliative Care-Definitionen taucht das Wort nicht auf. Stattdessen wird das Leben betont, wenn etwa die Weltgesundheitsorganisation Palliative Care als einen Ansatz definiert, der die Lebensqualität von Patienten und ihren Familien verbessert.³ Mit ähnlichen Worten bestimmt Foucault die Biomacht – als Macht, der es um Lebenssteigerung geht. Mit der Fokussierung auf Lebensqualität rückt ein Konzept ins Zentrum palliativmedizinischer Bemühungen, das sich gegen eine einheitliche und kohärente Definition sperrt. Die subjektive Perspektive lässt sich nicht hintergehen und objektive Faktoren für Lebensqualität entsprechend schwer bestimmen, so dass die Versuche der Messung von Lebensqualität zweifelhaft erscheinen ([31], S. 25–51).

In dieser letzten Steigerung des Lebens vor dem Tod ist auch der Sterbende gefragt. Damit ihm die Palliativversorgung eine bessere Lebensqualität verschaffen kann, müssen die Behandelnden erfahren, was das für ihn bedeutet. Er soll sich mitteilen und sich dem eigenen Ende als dem letzten großen Projekt widmen, das es für ihn noch zu bewältigen gilt, nämlich, so Werner Schneider, „das Projekt, das eigene Lebensende zu organisieren, es selbstbestimmt zu planen, zu gestalten, d. h. umfassend vorzusorgen“ ([33], S. 130). So bringt das Anliegen der Palliative Care, die Lebensqualität zu verbessern, als normative Kehrseite die Erwartungshaltung mit sich, der Kranke möge sich zu einer höheren Lebensqualität verhelfen lassen. Doch geschieht dies nicht im Sinne einer „Repressionslogik“, sondern folgt als Biomacht, mit Petra Gehring gesprochen, „eine[r] Logik der optimierbaren Lebenschancen“ und „erobert die Herzen nicht durch Druck oder durch Strafen, sondern durch die in Aussicht gestellte ‚eigene‘ Verbesserung“ ([13], S. 225). Der Sterbende erhält die Chance, auch und gerade in der letzten Lebensphase noch einmal innerlich zu reifen, mit sich und anderen ins Reine zu kommen und tiefe spirituelle Erfahrungen zu machen – jedenfalls sofern er sich dem Sterben bewusst stellt. Obwohl im Modus der Verheißung daherkommend, transportiert bereits die Umwidmung von Sterbe- in Lebensqualität den Anspruch, dem Leben müsse auch im Angesicht des Todes etwas Positives, ja, eine

Verbesserung abgerungen werden. Damit verbindet sich unweigerlich die Hoffnung, die palliativmedizinischen Anstrengungen mögen fruchten und tatsächlich zu einer höheren Lebensqualität führen, wenngleich sich dieses Unterfangen mitunter als unmöglich erweist und vom Sterbenden nicht gewünscht wird, sondern im Gegenteil als bedrängende Erwartung erlebt werden kann.

Die einstige Grenze – der Tod, auf den die Macht nicht zugreifen kann – wird dabei verwischt, indem sich die palliativ Tätigen auch für die Weiterlebenden, die Familien, verantwortlich fühlen und nach dem Tod des Patienten den Trauernden beistehen. Um diese, und damit um eine Verbesserung ihres Lebens, dreht sich ein guter Teil des palliativ begleiteten Lebensendes. Schneider kennzeichnet das Sterben als einen sozialen „Ausgliederungsprozess“, der so zu vollziehen sei, „dass die (Weiter)Lebenden den Glauben an die Sinnhaftigkeit ihres eigenen Weiterlebens nicht verlieren“ ([33], S. 60). Göckenjan und Dreßke beschreiben diesen Vorgang mit dem Begriff der Sterberolle, die dem Kranken beim Übergang zur palliativen Versorgung mit der impliziten Anforderung zugewiesen wird, „die soziale Welt geordnet zu verlassen“ ([15], S. 84). Auch in diesem Sinne geht es um die Durchsetzung des Lebens – des Lebens der Hinterbliebenen. Gerade für diese ist ein Aspekt des guten Todes entscheidend: dass sich der Sterbende seines nahenden Endes bewusst ist. Nicht bloß erleichtert ihnen die nur so gegebene Möglichkeit der Versöhnung und des Abschieds das Weiterleben, vielmehr können sie plausible Sinndeutungen des Sterbens in Ermangelung eigener Erfahrbarkeit letztlich nur von dem Betroffenen selbst erhalten. Als sinnvoll verstehen die Überlebenden den Tod ihres Angehörigen mithin, wenn der ihm selbst einen Sinn verleiht und diesen auch mitteilt. Die Elemente Kommunikation und Bewusstsein machen den Tod zunächst einmal für die Weiterlebenden zu einem guten. Ähnlich verhält es sich mit der Akzeptanz des Todes, die Kübler-Ross als letzte Sterbephase bestimmte. Zu beobachten, wie jemand nach inneren Kämpfen, wütenden Ausbrüchen und depressiven Episoden schließlich seinen Frieden findet und seinem Ende mutig entgegen sieht, stiftet Sinn nicht nur für den Betroffenen, sondern auch für sein Umfeld. Das dürfte ein Grund sein, warum sich Sterben und Tod als Thema von

Talkshows so großer Beliebtheit erfreut, denn dort werden ebensolche Prozesse geschildert. Der oben skizzierte „heroische Tod“, von dem Seale [34] spricht, wird zu einem solchen in den Geschichten genau dadurch, dass der Sterbende zu einem Bewusstsein seines nahenden Lebensendes findet.

Der gute Tod als normatives Ideal

Da im medizinisch-technischen Bereich dem Tod nichts entgegensetzen ist und er allein Grenze und Scheitern bedeutet, bieten das Psychische, das Existenzielle, das Soziale und das Spirituelle erfolgsversprechende Wirkungsfelder für die palliative Betreuung, um „leben zu machen“. Weil die zugehörigen Fächer andere Herangehensweisen und Methoden als die Medizin nutzen, ändert sich das Vorgehen: Während sich die frühere Medizin allein körperlichen Phänomenen widmete und sich eines naturwissenschaftlich-technischen Instrumentariums bediente, operieren die nicht genuin medizinischen Gebiete der Palliativversorgung stärker sprachlich-diskursiv und streben eine „diskursive Bewältigung des Todes“ ([3], S. 228) an.

Der „gute Tod“ wird zum Gegenstand von Diskursen, in denen sich nun dominant Palliative Care als ein medizinisches Fach engagiert. In diesen Expertendiskursen bildet sich eine Vorstellung des guten Todes, an der sich der Sterbende orientieren und mit deren Hilfe er dem eigenen Sterben Bedeutung verleihen kann. Folgt man der Argumentation von Seale [35], so repräsentiert die zu einem „kulturellen Skript“ geronnene Vorstellung des guten Todes eine soziale Norm, da darin eine sozial akzeptierte und sogar geforderte Form des Sterbens zum Ausdruck kommt. Diese umfasst Hart et al. ([23], S. 7) zufolge „machtvoll vorgeschriebene und normalisierte Verhaltensweisen und Entscheidungen“. Ein Skript des guten Todes entfaltet Wirkung, indem es das Handeln von Palliative Care-Teams anleitet, so dass sich der behandelte Patient mit dem darin enthaltenen Sterbeideal konfrontiert sieht, was nach den erwähnten Untersuchungen von Gott et al. [17] sowie Goldsteen et al. [16] dazu führen kann, dass sich Sterbende genötigt fühlen, diesem Standard zu entsprechen. Nicht als „Idee“ oder „Vorstellung“, sondern als „Ideologie“ bezeichnen

deswegen verschiedene Autoren [23, 26, 27, 41] das in der Palliative Care vorherrschende Verständnis des guten Todes, was eine „neue Form sozialer Kontrolle über sterbende Menschen“ ([23], S. 75) ermögliche und eine „restriktive Wirkung in der Fürsorge“ ([16], S. 384) entfalten könne.

Damit wird fragwürdig, inwieweit Palliative Care dem selbstgewählten Anspruch, den Wünschen und Bedürfnissen des Sterbenden gerecht zu werden, tatsächlich Genüge tut: Wie begegnen Palliativteams demjenigen, der nicht wissen möchte, wie es um ihn steht? Oder jenem, der darauf verzichtet, selbst zu bestimmen, und Entscheidungen lieber seinen Ärzten oder Angehörigen überlässt? Hat in palliativmedizinischer Behandlung auch Raum, wer sich nicht aussöhnen und den Tod nicht akzeptieren will? Von einem „beträchtlichen Paternalismus“ ([31], S. 20) sprechen Randall und Downie, wenn etwa psychosoziale und spirituelle Beurteilungen mit dem Ziel späterer Interventionen durchgeführt werden, auch wenn der Patient diese nicht wünscht. Indem sich die Medizin dessen annimmt, entsteht die Tendenz, existenzielle Fragen, psychische Not oder spirituelles Leiden im Angesicht des Todes zu pathologisieren und damit vormals als normal empfundene Reaktionen auf das nahende Lebensende als Krankheiten zu deuten.

Welches Sterbeideal durch Palliative Care favorisiert wird, überrascht nicht: Ein Patient, der sich seines Todes bewusst ist und ihn bestenfalls akzeptiert, ist einfacher zu behandeln. Wie Zimmermann ([41], S. 222) zeigt, erleichtert der akzeptierende Patient nicht nur seinen Angehörigen und sich selbst das Sterben, sondern er fügt sich auch besser in die institutionellen Palliative Care-Praktiken ein und wird für Ärzte und Pflegekräfte problemloser handhabbar. Der ideale Sterbende spricht offen über sein Befinden, weiß genau, welche weitere Behandlung er wünscht, und artikuliert dies auch deutlich. Vertraut er zudem den behandelnden Ärzten und Pflegekräften, können sie ihr vielseitiges Instrumentarium zur Anwendung bringen und körperliche, psychische, soziale und spirituelle Hilfe leisten.

Ogleich Fächer wie Psychologie, Soziologie und Theologie in der

Palliative Care Gehör finden, bleibt die Medizin tonangebend im Umgang mit dem Sterben und hegemonialisiert den Diskurs. Im Deutschen zeigt sich dies bereits an der üblichen Bezeichnung „Palliativmedizin“ und an der fehlenden Übersetzung für den englischen Ausdruck „Palliative Care“. Vor allem aber geben die diversen Messinstrumente für Sterbequalität Zeugnis von der Dominanz der Medizin auch in den nicht-medizinischen Gebieten der Palliative Care. Es sind ihre Methoden und Werkzeuge, die hier Verwendung finden und Letztere in die Medizin eingliedern. Obschon der Tod unüberwindliche Grenze bleibt, macht es ihn partiell beherrschbar, wenn klar umrissen ist, welche Kriterien erfüllt sein müssen, damit er zu einem guten wird. Das Feld der Interventionen lässt sich abstecken, der Umgang mit dem Sterbenden geregelt gestalten und ein gelingendes Sterben bis zu einem gewissen Grad gewährleisten. So bedeutet der Tod zwar das Ende, doch der Sterbeprozess wird zum Feld des wissenschaftlich fundiert Optimierbaren und lässt sich, gemessen an Quality-of-Dying-Skalen, stets weiter vervollkommen. Die „sorgfältige Verwaltung der Körper und die rechnerische Planung des Lebens“, von der Foucault gesprochen hat, findet hier ihre Verwirklichung.

Von „total pain“ über „total care“ zu totalisierender Fürsorge?

Als „active total care“ definierte 1990 die Weltgesundheitsorganisation und bestimmt noch heute die „European Association of Palliative Care“ den Begriff Palliative Care, worin sich der Bezug zu Cicely Saunders Konzept des totalen Schmerzes zeigt: „Palliative care is the active total care of the patients whose disease is not responsive to curative treatment“.⁴ Das Ziel, die Totalität des Schmerzes durch „totale Fürsorge“ zu bannen, will Palliative Care durch den Blick auf die Ganzheit des Lebens in seinen physischen, psychosozialen und spirituellen Facetten erreichen. Wissenschaftlichkeit und Professionalität der Palliative-Care-Gebiete rechtfertigen den Anspruch einer vollständigen Fürsorge, die keinerlei Wünsche und Bedürfnisse des Behandelten offen lässt, und geben den Anschein von Qualität: Nach streng geprüften Maßstäben wird der Sterbende in allen

Lebensbereichen versorgt. Wenngleich Palliative Care dabei nicht repressiv wirkt, sondern das Leben steigern möchte, kommt sie in ihrem umfassenden Kontrollbedürfnis, das sich in dem Versprechen totaler Fürsorge verbirgt, totalisierend daher – wenn nicht, wie Bishop meint, sogar totalitär: „Holistic and comprehensive care, achieved by virtue of the deployment of expertise in all facets of human life – biological, psychological, social, spiritual, and reaching beyond the grave into the lives of the family – becomes totalizing care, indeed, totalitarian care“ ([3], S. 277). Nicht bloß körperliche Symptome des Sterbenden werden kontrolliert und gemanagt, sondern gleich sein ganzes Leben. Wurde er einst zum depersonalisierten Patienten einer hochtechnisierten Medizin gemacht, infantilisieren ihn nun Palliativteams ([23], S. 73), indem sie ihm ihre Rundum-Versorgung angedeihen lassen. Damit erweckt Palliative Care zu neuem Leben, was sie in ihren Ursprüngen überwinden wollte: ein rigides Modell der Versorgung am Lebensende ([10], S. 296).

Zu Biopolitik, verstanden als politische Konkretion von Biomacht, wird die Angelegenheit, wo Palliative Care zum Ziel politischer Maßnahmen erkoren wird, etwa wenn der deutsche Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe eine „Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland“ [20] in einem Eckpunktepapier vorschlägt oder Bund und Kantone in der Schweiz eine „Nationale Strategie Palliative Care“ [5] beschließen und den Ausbau der Palliativmedizin anzielen, damit für Sterbende die „Lebensqualität [...] verbessert“ [6] wird. In Teilprojekten der Schweizer Strategie wurden etwa Qualitätskriterien für Palliativstationen definiert, Kernbotschaften zur Sensibilisierung der Öffentlichkeit formuliert oder Lernziele für Studierende erfasst. Tod und Sterben werden damit einer neuen Form der Medikalisierung unterworfen, indem sie nun zwar nicht mehr von einer High-Tech-Medizin vereinnahmt, aber als Resultat der fortschreitenden Institutionalisierung, Professionalisierung und Bürokratisierung von Palliative Care umfassender Kontrolle unterworfen werden. Damit wird ein effizientes Sterben angestrebt, das nicht nur Sterbende und Weiterlebende zufrieden stellt, sondern das auch wirtschaftlich vorteilhaft ist, denn es kostet weniger als

gewöhnliche Therapien [36]. Ähnlich wie andere biopolitische Maßnahmen dient die Förderung von Palliative Care der Regulierung der Bevölkerung, hier hinsichtlich des Sterbens und des Todes.

Schlussbemerkung

Zum Abschluss sei an das Anliegen erinnert, das mit dem Versuch verbunden war, Palliative Care unter Zuhilfenahme von Foucaults Begriff der Biomacht zu untersuchen: eine üblicherweise vernachlässigte Perspektive zu eröffnen und so bestimmte Aspekte des palliativmedizinischen Umgangs mit Sterben und Tod sichtbar zu machen. Das ist *eine* mögliche und hier bewusst einseitige Perspektive – der es ausdrücklich um die kritische Betrachtung der Ideale und Praktiken von Palliative Care geht, ohne dabei das eigentliche Anliegen, zu einem Sterben zu verhelfen, wie es dem Einzelnen entspricht, diskreditieren zu wollen.

Die hier als Ideal der Palliative Care vorgestellte Vorstellung des guten Todes könnten auch Befürworter von assistiertem Suizid oder Euthanasie bejahen. Zugespitzt formuliert unterscheiden sich die Vorstellungen des guten Todes von Palliative Care und „Right to Die“-Bewegung nicht wesentlich. Beide halten für ideal, wenn der Sterbende bewusst aus dem Leben scheidet, und das in einer Art, die er zuvor selbst bestimmt hat und die seiner Persönlichkeit entspricht. Beide Ansätze ermöglichen dem Sterbenden, Abschied zu nehmen und sich zu versöhnen. Und beide wollen Schmerzen und andere Symptome unter Kontrolle bringen – wenngleich in unterschiedlicher Weise. Sofern diese Beobachtung zutrifft, wirft die Frage nach dem guten Tod auch ein anderes Licht auf die Debatte um Sterbehilfe.

Interessenkonflikt N. Streeck gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht. Dieser Beitrag beinhaltet keine Studien an Menschen oder Tieren.

Literatur

1. Abé N, Blech J, Deggerich M, Hoffmann C, Kistner A, Knaup H,

- Müller P, Schmergal C (2014) Der moderne Tod. Der Spiegel. <http://www.spiegel.de/spiegel/print/d-124838570.html>. Zugegriffen: 3. März 2015
2. Ariès P (2005) Geschichte des Todes, 11. Aufl. DTV, München
 3. Bishop JP (2011) The anticipatory corpse: medicine, power, and the care of the dying. University of Notre Dame Press, Notre Dame
 4. Borbasi S, Wotton K (2005) Letting go: a qualitative study of acute care and community nurses' perceptions of a „good“ versus a „bad“ death. *Aust Crit Care* 18:104–113. doi:10.1016/S1036-7314(05)80011-6
 5. Bundesamt für Gesundheit, Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (2009) Nationale Strategie Palliative Care 2010–2012. BBL, Bern
 6. Bundesamt für Gesundheit, Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (2012) Nationale Strategie Palliative Care 2013–2015. BBL, Bern
 7. Clark D (2002) Between hope and acceptance: the medicalisation of dying. *BMJ* 324:905–907. doi:10.1136/bmj.324.7342.905
 8. Emanuel EJ, Emanuel LL (1998) The promise of a good death. *Lancet* 351:II21–II29. doi:10.1016/S0140-6736(98)90329-4
 9. Engelberg RA, Downey L, Wenrich MD, Carline JD, Silvestri GA, Dotolo D, Nielsen EL, Curtis JR (2010) Measuring the quality of end-of-life care. *J Pain Symptom Manage* 39:951–971. doi:10.1016/j.jpainsymman.2009.11.313
 10. Floriani CA, Schramm FR (2012) Routinization and medicalization of palliative care: losses, gains and challenges. *Palliat Support Care* 10:295–303. doi:10.1017/S1478951511001039

11. Foucault M (1987) Sexualität und Wahrheit: Erster Band: Der Wille zum Wissen, 20. Aufl. Suhrkamp, Frankfurt
12. Foucault M (2014) In Verteidigung der Gesellschaft. Vorlesung vom 17. März 1976. In: Folkers A, Lemke T (Hrsg) Biopolitik. Ein Reader. Suhrkamp, Frankfurt, S. 88–114
13. Gehring P (2006) Was ist Biomacht?: Vom zweifelhaften Mehrwert des Lebens. Campus, Frankfurt
14. Gehring P (2013) Theorien des Todes zur Einführung, 3. Aufl. Junius, Hamburg
15. Göckenjan G, Dreßke S (2002) Wandlungen des Sterbens im Krankenhaus und die Konflikte zwischen Krankenrolle und Sterberolle. *Österr Z Soziol* 27:80–96.
doi:10.1007/s11614-002-0021-4
16. Goldsteen M, Houtepen R, Proot IM, Abu-Saad HH, Spreeuwenberg C, Widdershoven G (2006) What is a good death? Terminally ill patients dealing with normative expectations around death and dying. *Patient Educ Couns* 64:378–386.
doi:10.1016/j.pec.2006.04.008
17. Gott M, Small N, Barnes S, Payne S, Seamark D (2008) Older people's views of a good death in heart failure: implications for palliative care provision. *Soc Sci Med* 67:1113–1121.
doi:10.1016/j.socscimed.2008.05.024
18. Granda-Cameron C, Houldin A (2012) Concept analysis of good death in terminally ill patients. *Am J Hosp Palliat Med* 29:632–639.
doi:10.1177/1049909111434976
19. Grefe C (2015) Palliativmedizin: Am Ende. Die Zeit.
<http://www.zeit.de/2015/05/palliativmedizin-tod-betreuung-lebensqualitaet/komplettansicht>. Zugegriffen: 3. März 2015

20. Gröhe H, Widmann-Mauz A, Spahn J, Zeulner E, Lauterbach K, Mattheis H (2014) Eckpunktepapier: Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland. http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/H/Verbesserung_hospiz-palliativversorgung_101114.pdf. Zugegriffen: 2. Nov. 2015
21. Hales S, Zimmermann C, Rodin G (2010) Review: the quality of dying and death: a systematic review of measures. *Palliat Med* 24:127–144. doi:10.1177/0269216309351783
22. Handel S (2014) Palliativmedizin: In Würde sterben – daheim. [sueddeutsche.de. http://www.sueddeutsche.de/muenchen/palliativmedizin-in-wuerde-sterben-daheim-1.2257926](http://www.sueddeutsche.de/muenchen/palliativmedizin-in-wuerde-sterben-daheim-1.2257926). Zugegriffen: 3. März 2015
23. Hart B, Sainsbury P, Short S (1998) Whose dying? A sociological critique of the „good death“. *Mortality* 3:65–77. doi:10.1080/713685884
24. Kehl KA (2006) Moving toward peace: an analysis of the concept of a good death. *Am J Hosp Palliat Med* 23:277–286. doi:10.1177/1049909106290380
25. Kübler-Ross E (2009) Interviews mit Sterbenden, 5. Aufl. Kreuz Verlag, Freiburg Br
26. McNamara B (2004) Good enough death: autonomy and choice in Australian palliative care. *Soc Sci Med* 58:929–938
27. McNamara B, Waddell C, Colvin M (1994) The institutionalization of the good death. *Soc Sci Med* 39:1501–1508
28. Miyashita M, Morita T, Sato K, Hirai K, Shima Y, Uchitomi Y (2008) Good death inventory: a measure for evaluating good death from the bereaved family member’s perspective. *J Pain Symptom Manage* 35:486–498. doi:10.1016/j.jpainsymman.2007.07.009

29. Nauck F, Ostgathe C, Radbruch L (2014) Ärztlich assistierter Suizid: Hilfe beim Sterben – keine Hilfe zum Sterben. *Dtsch Arztebl* 111:A67–A71
30. Oduncu FS, Sahm S (2010) Doctor-cared dying instead of physician-assisted suicide: a perspective from Germany. *Med Health Care Philos* 13:371–381. doi:10.1007/s11019-010-9266-z
31. Randall F, Downie RS (2006) The philosophy of palliative care: critique and reconstruction. Oxford University Press, Oxford
32. Saunders C (1996) A personal therapeutic journey. *BMJ* 313:1599–1601
33. Schneider W (2014) Sterbewelten: Ethnographische (und dispoitivanalytische) Forschung zum Lebensende. In: Schnell MW, Schneider W, Kolbe H (Hrsg) Sterbewelten. Eine Ethnographie. Springer, Wiesbaden, S. 51–138
34. Seale C (1995) Heroic death. *Sociology* 29:597–613. doi:10.1177/0038038595029004003
35. Seale C (1998) Theories and studying the care of dying people. *BMJ* 317:1518–1520
36. Smith S, Brick A, O'Hara S, Normand C (2014) Evidence on the cost and cost-effectiveness of palliative care: a literature review. *Palliat Med* 28:130–150. doi:10.1177/0269216313493466
37. Steinhauser KE, Clipp EC, McNeilly M, Christakis NA, McIntyre LM, Tulsky JA (2000) In search of a good death: observations of patients, families, and providers. *Ann Intern Med* 132:825–832
38. Steinhauser KE, Clipp EC, Tulsky JA (2002) Evolution in measuring the quality of dying. *J Palliat Med* 5:407–414. doi:10.1089/109662102320135298

39. Van Brussel L, Carpentier N (2012) The discursive construction of the good death and the dying person: a discourse-theoretical analysis of Belgian newspaper articles on medical end-of-life decision making. *J Lang Polit* 11:479–499.

doi:10.1075/jlp.11.4.01van

40. Walters G (2004) Is there such a thing as a good death? *Palliat Med* 18:404–408

41. Zimmermann C (2012) Acceptance of dying: a discourse analysis of palliative care literature. *Soc Sci Med* 75:217–224.

doi:10.1016/j.socscimed.2012.02.047

¹ Vgl. World Health Organization: WHO Definition of Palliative Care.

<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>. Zugegriffen: 21. Feb. 2015.

² Quality of Dying and Death Questionnaire: Significant Other After-Death Interview.

<http://depts.washington.edu/eolcare/pubs/wp-content/uploads/2011/08/uwqodd-soadi.pdf>.

Zugegriffen: 24. Aug. 2015.

³ Vgl. World Health Organization: WHO Definition of Palliative Care.

<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>. Zugegriffen: 21. Feb. 2015.

⁴ European Association for Palliative Care: Definition of Palliative Care.

<http://www.eapcnet.eu/Corporate/AbouttheEAPC/Definitionandaims.aspx>. Zugegriffen:

20. März 2015.